



Formulario de reinscripción

Inscriba en Healthy Families a personas que estuvieron anteriormente en el programa

Instrucciones

Use este formulario para hacer una solicitud para personas que hayan estado anteriormente en el programa. Copie este formulario si necesita más espacio.

Si tiene alguna pregunta sobre a quién anotar o sobre ingresos, lea el folleto Miembros de la familia e ingresos que llegó con este formulario.

Cuando se inscriba usted tendrá que pagar la cuota del primer mes más todas las cuotas vencidas. Llame a Healthy Families al 1-866-848-9166 para preguntar cuánto dinero enviar.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario, llame a Healthy Families al 1-866-848-9166 de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

Nombre del solicitante _____

Teléfono _____ Family member number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Personas que quiere inscribir en Healthy Families que estuvieron anteriormente en el programa.

Persona	Parentesco con el solicitante	Fecha de nacimiento	Ingresos netos (ingresos antes de impuestos)	¿Qué tan seguido recibe sus ingresos?
			\$ <i>Envíe prueba de ingresos</i>	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes
			\$ <i>Envíe prueba de ingresos</i>	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes
			\$ <i>Envíe prueba de ingresos</i>	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes
			\$ <i>Envíe prueba de ingresos</i>	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes

2. ¿Alguna de estas personas ha tenido seguro médico patrocinado por un patrón en los últimos 3 meses? Sí No

Si es así ¿quién? _____

¿Cuándo terminó el seguro? _____ ¿Por qué terminó? _____

¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.



3. Otros niños en el hogar.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Parentesco con el solicitante
			<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____
			<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____
			<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____
			<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____

4. Adultos en el hogar.

Nombre del adulto	Parentesco con el solicitante	Parentesco con los niños	Ingresos netos (ingresos antes de impuestos)	¿Qué tan seguido le pagan a la persona?
	Solicitante	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____	\$ Envíe prueba de ingresos	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes
		<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____	\$ Envíe prueba de ingresos	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes

¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.



5. **Deducciones por gastos.** Sólo anote los gastos pagados por los adultos anotados en este formulario.

Si usted paga por guardería infantil o cuidado para una persona incapacitada o si paga mantenimiento infantil o pensión por separación o divorcio por orden de un juez, posiblemente pueda restar (deducir) esos costos de los ingresos de su hogar. Llene la información de abajo.

Usted tiene que enviar por correo pruebas de gastos con este formulario. Las pruebas pueden ser copias de sus facturas o de la orden de un juez. *Si tiene alguna pregunta sobre gastos deducibles, lea el folleto Miembros de la familia e ingresos que llegó con este formulario.*

Gastos de guardería infantil que usted paga mensualmente por niños <u>menores de 2 años</u> . (El máximo permitido es de \$200 por niño.)	\$ Envíe prueba de gastos
Gastos de guardería infantil que usted paga mensualmente por niños <u>de 2 años y mayores</u> . (El máximo permitido es de \$175 por niño.)	\$ Envíe prueba de gastos
Gastos por cuidado de un dependiente incapacitado que usted paga mensualmente. (El máximo permitido es de \$175 por persona que recibe el cuidado.)	\$ Envíe prueba de gastos
Cantidad mensual de pensión por separación o divorcio ordenada por un juez que usted paga mensualmente.	\$ Envíe prueba de gastos
Cantidad mensual de mantenimiento infantil ordenada por un juez que usted paga mensualmente.	\$ Envíe prueba de gastos
Por cada padre que trabaja, deduciremos hasta \$90 por gastos relacionados con el trabajo.	

6. **Firme el formulario.**

Yo, el solicitante, afirmo que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que un cambio de ingresos desde el año anterior puede causar un cambio en la cuota mensual o puede causar que mis hijos no reúnan los requisitos para Healthy Families Program.

➔ Firma: _____ Fecha: _____

7. **Autorización para enviar el formulario de reinscripción a Medi-Cal:**

Si mi hijo no reúne los requisitos para Healthy Families porque mis ingresos están por debajo de los lineamientos de Healthy Families, solicito que este formulario sea enviado al condado y tratado como una solicitud de Medi-Cal. Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender.

➔ Firma: _____ Fecha: _____

8. **Permiso para compartir información con el asistente de solicitud de abajo:**

Doy permiso para que Healthy Families comparta información sobre lo que está sucediendo con mi formulario de inscripción con:

Nombre: _____

➔ Firma: _____ Fecha: _____

9. **Envíe el formulario por correo o fax a Healthy Families.**

Envíe por correo el formulario y los papeles de prueba de ingresos y de gastos a:

Healthy Families Program
Program Review Unit
PO Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

O puede enviar por fax el formulario y los papeles al:
Fax: 1-866-848-4974 El número de fax es gratuito.

¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.